Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016

32 620 Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 174 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 juni 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 april 2016 over resultaten van het Jaar van de transparantie (Kamerstuk 32 620, nr. 168).

De vragen en opmerkingen zijn op 9 juni 2016 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 juni 2016 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

kst-32620-174
ISSN 0921 - 7371
'S-Gravenhage 2016

Inhoudsopgave **blz.**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling en enthousiasme kennisgenomen van de brief over de resultaten van het Jaar van de transparantie (Kamerstuk 32 620, nr. 168). De brief en de bijlage geven een goed beeld van de waardevolle stappen die in het afgelopen jaar zijn gezet om uiteindelijk de patiënt van betere informatie te voorzien. In de brief worden terechte complimenten gegeven aan alle partijen die hier hard aan hebben gewerkt.
Genoemde leden zouden graag zien dat de energie die losgekomen is in het Jaar van de transparantie ook doorgetrokken wordt naar de toekomst. Dit roept dan ook de vraag op in welke mate deze agenda wordt gecontinueerd en welke doelen daarbij worden gesteld? Is het mogelijk om de Kamer periodiek te informeren over de voortgang en de mate waarin de doorlopende doelen van het Jaar van de transparantie worden gerealiseerd? In de ogen van deze leden is het goed informeren van patiënten een continue activiteit en dat vraagt aan de betrokken partijen om zich permanent te blijven innoveren. Op welke wijze zal dit verder worden geborgd? Om het concreet te maken zouden de leden van de VVD-fractie graag worden geïnformeerd op welke wijze en op welk moment «de drie goede vragen» worden geïntroduceerd in elke huisartsenpraktijk in Nederland? Op welk moment is, in het kader van de agenda voor gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), voor iedereen meer begrijpelijke informatie beschikbaar en vindbaar? Wordt hierbij ook de effectiviteit van behandelingen, uitkomstindicatoren en de duur kenbaar gemaakt? Op welke wijze wordt binnen de GGZ invulling gegeven aan beslissingsondersteunende informatie voor de cliënten om ook hier het «samen beslissen» meer vorm en inhoud te geven?
De leden van de VVD-fractie achten het van belang om in de brief te lezen dat «partijen onderkennen dat psychosociale zorg een onlosmakelijk onderdeel is van de behandeling van een ernstige somatische aandoening» en dat er wordt gewerkt «aan het beter inbedden van psychosociale zorg in de bekostiging van de medische specialistische zorg». Dit roept wel de vraag op tot welke concrete acties dit gaat leiden en wanneer patiënten iets gaan merken van een integrale bekostiging. Kan dit punt nader worden toegelicht en helder worden gemaakt welke concrete stappen in de komende tijd op dit gebied worden genomen?
Om de registratielast te verminderen is het belangrijk om meer toe te werken naar registratie bij de bron. De leden van de VVD-fractie zouden op dit punt graag nader worden geïnformeerd over welke activiteiten worden ondernomen om in de komende jaren hier resultaten op te boeken? Zijn er op dit moment al andere partijen uit de medisch specialistische zorg die ingaan op de uitnodiging om de administratieve last verder aan de pakken?
Tenslotte zouden deze leden graag nader worden geïnformeerd over de uitvoering van de motie over Samen Beslissen als standaard in de zorg[1]. Dit in relatie tot de ambitie die ook in de brief wordt uitgesproken om dit «belangrijke proces» ook in de komende jaren voldoende aandacht te geven. De leden van de VVD-fractie zouden graag nader uitgewerkt willen

[1] Motie van de leden De Lange en Bouwmeester over Samen Beslissen als standaard in de zorg, Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 41

zien hoe dit concreet wordt gedaan? Wat de stand van zaken is om dit onderdeel te laten zijn van elke medische richtlijn en op welke wijze partijen scherp worden gehouden om op dit punt permanent te blijven verbeteren?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de resultaten van het Jaar van de transparantie. Transparantie over kwaliteit van zorg en duidelijke en begrijpelijke informatie over zorg voor de patiënt, leidt uiteindelijk tot nog betere zorg. Deze leden achten het Jaar van de transparantie als positieve bijdrage hieraan maar hebben nog enkele aanvullende vragen hierover.
De leden van de PvdA-fractie lezen dat op ZorgkaartNederland.nl voor 25 aandoeningen, bruikbare informatie voor patiënten is te vinden betreffende hun aandoening. Op welke manier wordt het bestaan van deze website gecommuniceerd aan patiënten? Ditzelfde geldt voor andere bronnen als kiesBeter.nl en Thuisarts.nl. Hoe wordt de doelgroep voor deze websites bereikt, naast het feit dat de websites naar elkaar verwijzen? Welke inschatting heeft de Minister wat betreft de (naams-)bekendheid van deze websites? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de mogelijkheden van deze websites zo goed mogelijk worden benut door diegenen voor wie dit een uitkomst kan bieden?
De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het actieplan van zorgverzekeraars, «Kern-gezond», waarin afspraken liggen vastgelegd over het inzichtelijker maken van zorgpolissen en het eenvoudiger maken van overstappen voor verzekerden. Kan een inschatting worden gegeven van de stand van zaken van dit actieplan? Is er al zicht op een informatiebijsluiter voor verzekerden over bijvoorbeeld de gevolgen van het kiezen voor een budgetpolis? Op welke wijze draagt dit actieplan volgens de Minister bij aan een stevigere positie van de patiënt binnen het stelsel?
Genoemde leden zijn benieuwd naar het effect van de afspraken van de Minister met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over verbetering van het contracteerproces zodat verzekerden tijdens de overstapperiode meer duidelijkheid hebben over welke zorg er in de polissen wordt aangeboden en welke niet, en bij welke zorgaanbieder deze zorg kan worden genoten. Op welke manier zal worden ingegrepen wanneer deze afspraken niet voldoende blijken of wanneer deze afspraken niet worden nagekomen? Welke mogelijkheden bestaan er dan voor de verzekerden om een weloverwogen beslissing te maken over de zorgpolis?
De leden van de PvdA-fractie lezen dat van de 30 meest voorkomende aandoeningen, informatie beschikbaar is gekomen. Genoemde leden zijn benieuwd naar de ambities wat betreft andere aandoeningen. Is de Minister voornemens om ook voor andere aandoeningen dergelijke informatie aan te bieden? Kan hier een toelichting op worden gegeven waarom dit wel of niet in de lijn der ambitie ligt?
De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de stelling dat positieve invloed geleverd wordt door mensen die in de zorg werken, wat betreft de verbetering van de (informatie)positie van de patiënt. Zij zijn onder de indruk van de betrokkenheid van initiatiefnemers, die met hun initiatieven een groot verschil voor hun patiënten kunnen betekenen. Op welke manier worden zorgmedewerkers die goede ideeën hebben gestimuleerd om deze verder uit te rollen? Op welke wijze worden de praktijkteams de komende jaren ingezet, die nu vanuit het Ministerie van VWS worden ingesteld om mee te denken, health deals te sluiten en te experimenteren met health impact bonds?
De leden van de PvdA-fractie erkennen het belang van het verminderen van de registratielast binnen de zorg. Regels moeten aan goede zorg

bijdragen en deze niet blokkeren. De zorg voor mensen moet hierbij centraal staan, niet de betaalregels en het systeem. Genoemde leden lezen dat partijen uit de medische specialistische zorg zijn uitgenodigd om gezamenlijk de administratieve lasten waar de zorgprofessionals concreet last van hebben, aan te pakken. Zij zien deze gezamenlijke aanpak als positief, maar willen hierbij ook aandacht vragen voor de registratielast van de patiënt. Eind vorig jaar werd door de NPCF middels een petitie aandacht gevraagd voor de registratielast van patiënten. Niet alleen voor werknemers in de zorg is regeldruk een blok aan het been, ook mensen die zorg ontvangen ervaren grote regeldruk en administratieve lasten: voor 28% van de mensen die zorg nodig hebben, kost de administratie het meer dan 2 uur per week. Wordt deze regeldruk ook meegenomen in de overwegingen van de Minister en op welke manier kan deze volgens de Minister worden verminderd?
De leden van de PvdA-fractie lezen dat de Minister voor de komende jaren nog de ambitie heeft voldoende aandacht te hebben voor het vergroten van transparantie over de kwaliteit van zorg, en het verbeteren van de informatie voor, tijdens en na de behandeling voor patiënten. Kan worden aangegeven wat de Minister als grootste uitgangspunt voor de komende jaren ziet? Welke uitdagingen ziet zij, op welke gebieden verwacht zij nog een verbetering en wanneer is zij tevreden over de behaalde resultaten? Op welke manier zorgt de Minister ervoor dat het Jaar van de transparantie, ook na 2015 een positieve bijdrage zal hebben aan de zorg in Nederland?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister over de resultaten van het Jaar van de transparantie. Enerzijds hebben deze leden waardering voor de tijd en energie die de Minister en betrokken organisaties hebben gestoken in het streven naar meer transparantie in de zorg. Ook zien zij veel (voor)genomen maatregelen die ongetwijfeld in meer of mindere mate effect zullen sorteren. Anderzijds zien deze leden juist de tendens dat de zorg eerder diffuser dan transparanter wordt. Vanwege het huidige zorgstelsel van onderlinge concurrentie en wantrouwen, wordt het voor zorginstellingen steeds minder vanzelfsprekend om open en transparant te zijn. Het delen van informatie kan immers de concurrentiepositie verzwakken en het toegeven van fouten kan het imago schaden. Genoemde leden wijzen hierbij op de vele recente voorbeelden waarbij ziekenhuizen en zorginstelling incidenten met fatale afloop stil hielden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is volgens deze leden maar zeer de vraag of het scala aan maatregelen wat gedurende het Jaar van de transparantie in gang is gezet, binnen het huidige zorgstelsel het tij kan keren.
De leden van de SP-fractie merken ook op dat de Minister voor het Jaar van de transparantie sterk leunt op andere organisaties, maar zelf niet het goede voorbeeld geeft. Op een groot aantal gebieden handelt de Minister juist niet transparant waar dat wel mogelijk is en maatschappelijk wenselijk. Als voorbeelden noemen deze leden daarbij de geheime prijsafspraken met farmaceutische industrie, het niet daadkrachtig aanpakken van misleiding in het Transparantieregister Zorg of het verplicht stellen van deelname hieraan, het weigeren van een uitspraak te doen in de discussie rondom het hinderpaalcriterium en het niet inzichtelijk willen maken van de kosten die ziekenhuizen kwijt zijn aan management, consultancy, ICT en accountancy. Hoe kan de Minister dit alles rijmen met haar zogenaamde streven naar transparantie? Is de Minister het met genoemde leden eens dat transparantie en jezelf toetsbaar opstellen een vanzelfsprekendheid zou moeten zijn? Waarom doet zij dit dan zelf niet? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide beantwoording op de gestelde vragen.

De leden van de SP-fractie merken verder op dat het verkrijgen van meer informatie volgens de Minister als doel heeft dat patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis, een behandelaar of een behandeling. Maar het omgekeerde lijkt het geval. Door de toename van het aantal verzekerden met een budgetpolis, kunnen steeds minder verzekerden zelf het ziekenhuis of de behandelaar van hun voorkeur kiezen. Erkent de Minister dat de beperkte zorgcontractering bij veel polissen keuzevrijheid in de weg staat? Vindt de Minister dat transparantie en keuzevrijheid alleen zijn weggelegd voor mensen die zich een dure polis kunnen veroorloven? Zo nee, is Minister dan bereid de budgetpolis met beperkte contractering van zorg te verbieden?
De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat de site ZorgkaartNederland.nl een belangrijke rol speelt in het streven naar meer transparantie. Toch blijkt uit recent onderzoek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) dat de Zorgkaart geen betrouwbaar beeld van zorgkwaliteit kan geven. Het is namelijk onduidelijk of slechte recensies daadwerkelijk van een patiënt komen, of bijvoorbeeld van iemand die erop uit is een zorgverlener bewust te beschadigen. Ook stelt het onderzoek dat vanwege de marktwerking de Zorgkaart ziekenhuizen ertoe aanzet veel geld en energie te steken in het stijgen op de ranglijst. Deze leden onderschrijven de conclusie dat dit meer met marketing te maken heeft dan met kwaliteit. Sterker nog, doordat de aandacht hiervoor ten koste gaat van bijvoorbeeld het aantal verpleegkundigen en het afleidt van waar het in de zorg om moet draaien, heeft het juist een negatief effect op de kwaliteit. Kan de Minister haar appreciatie uitspreken over het onderzoek en ingaan op de conclusies en aanbevelingen?[2]
Genoemde leden vragen de Minister om ook te reageren op het jubelverhaal van patiënten federatie NPCF over de Zorgkaart. Hoe verklaart zij het enerzijds vernietigende oordeel van het NTvG en de lovende uitspraken van de NPCF anderzijds zoals dat de «ZorgkaartNederland niet meer weg is te denken uit het Nederlandse bestel». Krijgt de NPCF subsidie voor haar medewerking aan de Zorgkaart? Zo ja, hoeveel?[3]
Deze leden onderschrijven dat de registratielast en bureaucratie voor zorgaanbieders moet worden aangepakt. Zij constateren echter wederom dat de Minister hier wel veel mooie woorden aan wijdt, maar mogelijkheden om dit echt aan te pakken laat liggen. Meest recente voorbeeld wat de leden hierbij willen noemen, is de ontwikkeling van het Kwaliteitsstatuut. Evenals op veel andere vlakken, gaan zorgverzekeraars hierbij toch weer ieder voor zich aanvullende eisen stellen. Waarom pakt de Minister de bureaucratie en registratielast niet werkelijk aan door hier uniformiteit in aan te brengen? Waarom verbiedt de Minister zorgverzekeraars niet ieder voor zich met aanvullende eisen en lijstjes te komen?
De leden van de SP-fractie wijzen de Minister bovendien op de doelstellingmeting van Nictiz en het NIVEL, waaruit blijkt dat er weinig ontwikkeling is voor wat betreft de doelstellingen voor e-health. Het internetgebruik onder de doelgroep van chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis blijkt lager te zijn dan gemiddeld. Daarnaast heeft ongeveer een derde van hen geen behoefte om zelfstandig gezondheidsmetingen uit te voeren. Genoemde leden vragen hoe die bevindingen zich verhouden tot recente uitspraken van de bewindslieden van VWS in de media dat de ontwikkelingen «razendsnel'gaan en dat ziekenhuizen over een paar jaar «totaal achterhaald» zouden zijn? Zijn er andere onderzoeken die deze beweringen staven of is hier vooral sprake van wensdenken?[4] [5]

---

[2] https://www.ntvg.nl/artikelen/hoe-representatief-zorgkaart-nederland/volledig
[3] https://www.npcf.nl/nieuws/patientenfederatie-zet-de-etalage-van-de-zorg-in-het-zonnetje
[4] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/06/07/omdat-ik-het-belangrijk-vind-om-goed-voor-mezelf-te-zorgen/omdat-ik-het-belangrijk-vind-om-goed-voor-mezelf-te-zorgen.pdf

De leden van de SP-fractie constateren tot slot dat de Minister jaarlijks 5 miljoen euro wil uittrekken om vervolg te geven aan de uitvoering van de maar liefst 53 projecten die onder de noemer Jaar van de transparantie vallen. Kan de Minister een nadere onderbouwing geven waar dit bedrag aan wordt besteed en of dit voldoende zal zijn? Hoeveel kosten de 53 projecten los van dit extra geld aan (ambtelijke) uren? Hoeveel subsidies worden verstrekt in het kader van deze projecten, aan wie en met welke opdracht?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister waarin zij de resultaten en vervolgstappen van het jaar van de transparantie opsomt. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen bij deze brief.
De Minister schrijft dat in 2015 en 2016 gewerkt wordt aan de polischecker, waarmee een ziekenhuis vooraf inzicht kan verkrijgen of een behandeling voor medisch specialistische zorg voor die patiënt voor vergoeding in aanmerking komt. De leden van de CDA-fractie delen de doelstelling om hiermee te voorkomen dat een verzekerde achteraf wordt geconfronteerd met een ziekenhuisrekening die niet (volledig) wordt vergoed. Zij zien met instemming dat hiermee het inzicht of een verzekerde voor bepaalde zorg verzekerd is, voor in ieder geval de zorgaanbieder hiermee wordt vergroot. De leden van de CDA-fractie vragen wel of dit betekent dat de verantwoordelijkheid om hierop te controleren bij het ziekenhuis komt te liggen. Wat als het ziekenhuis deze controle niet (goed) uitvoert, kan de verzekerde achteraf dan toch met een onverwachte rekening worden geconfronteerd? Bestaat er een kans dat het ziekenhuis in een dergelijk geval voor de kosten zal moeten opdraaien?
De leden van de CDA-fractie vragen of verzekerden zelf ook de polischecker kunnen gebruiken om inzicht te verkrijgen of een bepaalde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Genoemde leden vragen daarnaast of met de polischecker enkel de UZOVI-code gebruikt wordt, of dat er nog andere gegevens van de patiënt verwerkt worden.
Deze leden lezen in de bijlage dat de polischecker (Inkijkvoorziening Polis) op 1 januari 2016 beschikbaar is gekomen voor ziekenhuizen. Wordt de polischecker door alle ziekenhuizen gebruikt? Zo nee, door welke ziekenhuizen wel en welke niet? Als niet alle ziekenhuizen de polischecker gebruiken, wat zijn daarvan dan de redenen?
De Inkijkvoorziening Polis (IVP) is samen met het door zorgverzekeraars opgerichte VECOZO ontwikkeld. De leden van de CDA-fractie vragen of alle zorgverzekeraars bij VECOZO zijn aangesloten. Zo nee, hoe zit het dan met de patiënten die verzekerd zijn bij verzekeraars die niet bij VECOZO aangesloten zijn? Kunnen ziekenhuizen voor die verzekerden op een andere wijze controleren of ze voor vergoeding in aanmerking komen? Wat zijn volgens de Minister de redenen voor zorgverzekeraars om niet aangesloten te zijn bij VECOZO?
De Minister schrijft dat ze afspraken heeft gemaakt met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa over de verbetering van het contracteringsproces. De leden van de CDA-fractie vragen welke afspraken dit precies zijn en of de Minister hiermee kan garanderen dat de problemen die zich het afgelopen overstapseizoen hebben voorgedaan, komend jaar niet meer zullen voorkomen.
De Minister schrijft dat voor 19 van de 30 aandoeningen keuzehulpen beschikbaar zijn op kiesBeter. De leden van de CDA-fractie vragen om welke redenen deze keuzehulpen voor de overige 11 van de 30 aandoeningen niet beschikbaar zijn voor patiënten. Op welke termijn zullen deze keuzehulpen wel beschikbaar zijn?

---

[5] NRC Next, «Groot ziekenhuis is over een paar jaar achterhaald», d.d. 6 juni 2016

De Minister wil initiatieven die artsen ondernemen om de positie van patiënten te verstevigen, versterken met health deals en health impact bonds. Genoemde leden vragen hoe veel health deals en health impact bonds er inmiddels afgesloten zijn. Deze leden vragen of er inmiddels health impact bonds, gericht op het bevorderen van preventie, zijn afgesloten.
De Minister heeft de partijen uit de medisch specialistische zorg uitgenodigd om gezamenlijk de administratieve lasten waar zorgprofessionals concreet last van hebben aan te pakken, en wijst hierbij op het vergelijkbare traject dat bij de huisartsen is doorlopen. De leden van de CDA-fractie vragen naar een stand van zaken. Is er inmiddels overleg met de partijen uit de medisch specialistische zorg over dit traject? Wanneer verwacht de Minister hier concrete resultaten van te kunnen laten zien?
In de bijlage geeft de Minister onder punt 18 aan dat er overleg plaatsvindt met NVZ voor de juiste duiding/toelichting van ziekenhuizen over sterftecijfers. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer deze juiste duiding/toelichting gereed zal zijn, en of hierin de publicatie van cijfers over sterfte door medische missers wordt meegenomen.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de resultaten van het Jaar van de transparantie. De leden hebben hierover een aantal aanvullende vragen.
De leden van de PVV-fractie constateren dat de Minister vindt dat er veel bereikt is onder andere door de informatie op de website ZorgkaartNederland.nl. Deze leden willen in dit kader wijzen op de conclusie van het onderzoek dat is uitgevoerd door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De onderzoekers trekken daarin de keiharde conclusie: «ZorgkaartNederland.nl voldoet in haar huidige vorm niet als valide kwaliteitsinstrument voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg van een medisch specialist.» Kunnen deze leden een reactie van de Minister krijgen op dit onderzoek? Deelt de Minister de conclusie van de onderzoekers en wat doet de zij met de aanbevelingen?
De leden van de PVV-fractie vragen tevens in hoeverre de factuur van de zorgaanbieder nu inzichtelijk is voor de patiënt en wat dit bijdraagt aan de materiele controle. Genoemde leden constateren dat het vermelden van het begeleidingsgesprek op de nota van de apotheker in het kader van transparantie niet de gewenste uitwerking heeft gehad. Welke gevolgen heeft dit nu?
Tot slot vragen zij welke informatie de Minister voor ogen heeft op basis waarvan patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis of een behandeling. Maakt de prijs hier deel van uit? Zo ja, hoe kunnen patiënten de prijs voor een behandeling nagaan en verschillende aanbieders op basis hiervan vergelijken en een keuze maken? Graag ontvangen deze leden hierop een uitgebreide toelichting.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de resultaten van het jaar van de transparantie. Genoemde leden delen de insteek van de Minister die stelt dat om de positie van de patiënt te verbeteren het noodzakelijk is om meer betrouwbare en begrijpelijke informatie voor patiënten beschikbaar te hebben. Goed dat de Minister erkent dat de ontwikkelingen op dit gebied mede tot stand zijn gekomen met de veldpartijen. Deze leden zijn hen erkentelijk voor die inspanning. Ondanks de eerste stappen die gezet zijn genoemde leden er nog niet van overtuigd dat we er zijn, er is nog een lange weg te gaan willen we de zorg daadwerkelijke transparant weten te maken voor de patiënten en verzekerden. Het jaar van de transparantie kende 53 acties, vijf hiervan

hebben vertraging opgelopen. Kan gespecificeerd worden welke vijf dit zijn en wat de aangepaste verwachtingen voor afronding zijn?
Op het gebied van informatievoorziening zijn er flinke stappen gezet, echter vragen de leden van de D66-fractie of de patiënt voldoende op de hoogte is van deze ontwikkelingen e mogelijkheden. Zij horen graag op welke manier de patiënt en verzekerde daarover worden geïnformeerd, zij ontvangen graag een nadere toelichting.
De polischecker is een mooi voorbeeld om zowel voor de patiënt als het ziekenhuis helder te maken of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Genoemde leden vragen wanneer deze polischecker volledig zal zijn uitgerold en naar verwachting in alle ziekenhuizen beschikbaar zal zijn.
Afgelopen jaar knelde het overstapseizoen voor het zoveelste jaar op rij, waardoor verzekerden wederom niet precies wisten welke ziekenhuizen wel of niet gecontracteerd waren door hun verzekeraar. De Minister heeft toegezegd dat dit in 2016 niet nogmaals zal gebeuren, maar kan zij nogmaals aangeven wat de concrete stappen zijn die zij nu heeft gezet om dat te waarborgen? Deze leden zouden het bijzonder onwenselijk vinden als de verzekerden ook dit jaar weer een keuze zouden moeten baseren op onvolledige informatie.
Genoemde leden waarderen het dat de Minister stelt dat we «er nog niet» zijn als het gaat om transparantie in de zorg. De komende jaren stelt zij 5 miljoen euro beschikbaar. Kan worden aangegeven hoe de 5 miljoen euro wordt ingezet en wat de prioriteit zal hebben het aankomende jaar?
De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het wenselijk is indien de patiënt inzage heeft in het eigen medische dossier. De patiënt is immers eigenaar van zijn en/of haar haar gegevens. Deze leden horen graag van de Minister wat zij het afgelopen jaar heeft gedaan om de transparantie rondom het eigen zorgdossier te vergroten en hoe zij dit de komende jaren wil bevorderen.
Tot slot wensen de leden van de D66-fractie te benadrukken dat zij het jammer vinden dat de Minister in haar brief niet ingaat op de onduidelijkheid die ontstaat voor de patiënt en verzekerde als het gaat om de beschikbare polissen, en de differentiatie die daarin plaatsvindt als we bijvoorbeeld kijken naar de restitutiepolis, die nu niet altijd meer een zuivere restitutiepolis is. Graag ontvangen deze leden daarop nog een reactie van de Minister en welke stappen zij nog denkt te zetten om te realiseren dat de polissen helder en begrijpelijk blijven voor de patiënt en verzekerde.

II. Reactie van de Minister

Hierbij reageer ik op de vragen vanuit de verschillende fracties naar aanleiding van de brief van 22 april 2016 inzake Resultaten van het Jaar van de transparantie (Kamerstuk 32 620, nr.168).

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Genoemde leden zouden graag zien dat de energie die losgekomen is in het Jaar van de transparantie ook doorgetrokken wordt naar de toekomst. Dit roept dan ook de vraag op in welke mate deze agenda wordt gecontinueerd en welke doelen daarbij worden gesteld? Is het mogelijk om de Kamer periodiek te informeren over de voortgang en de mate waarin de doorlopende doelen van het Jaar van de transparantie worden gerealiseerd? In de ogen van deze leden is het goed informeren van patiënten een continue activiteit en dat vraagt aan de betrokken partijen om zich permanent te blijven innoveren. Op welke wijze zal dit verder worden geborgd?

In het Jaar van de transparantie is voor patiënten veel informatie ontwikkeld en vindbaar gemaakt. Dit is mede bereikt dankzij de inspanningen van professionals in de zorg, van verzekeraars, van patiënten en van hun organisaties, te weten de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Federatie van Medisch Specialisten (de Federatie), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Kwaliteitsinstituut.

Er is een grote stap gezet maar er is nog een flinke inspanning nodig om onze ambitie te realiseren dat iedere patiënt voor vragen in elke fase van de behandeling relevante informatie kan vinden of krijgt aangereikt. Ik streef er daarom net als uw fractie naar dat de energie die is losgekomen in het Jaar van de transparantie wordt doorgetrokken naar de toekomst. Op mijn verzoek houdt het Kwaliteitsinstituut daarom de komende jaren regie. Dit jaar zal de focus liggen op activiteiten om «samen beslissen» te bevorderen. Bovendien worden eerste stappen gezet richting de ggz en huisartsenzorg. Het Kwaliteitsinstituut is hiervoor met partijen in overleg om kansrijke activiteiten te identificeren. Om dit te ondersteunen heb ik voor de komende tijd jaarlijks € 5 mln. beschikbaar gesteld. Ik zal u medio volgend jaar informeren over de resultaten van deze activiteiten.

Om het concreet te maken zouden de leden van de VVD-fractie graag worden geïnformeerd op welke wijze en op welk moment «de drie goede vragen» worden geïntroduceerd in elke huisartsenpraktijk in Nederland?

Hierboven heb ik aangegeven dat dit jaar de subsidies worden verstrekt in de context van «Samen beslissen». Hieronder valt ook de introductie van «de drie goede vragen» in de huisartsenpraktijk. Subsidieaanvragen voor projecten kunnen tot en met 15 juli 2016 worden ingediend bij het Kwaliteitsinstituut. Uiterlijk acht weken na die datum is duidelijk welke projecten zijn toegekend. Dan is er ook meer duidelijkheid over de introductie van «de drie goede vragen» in de huisartsenpraktijk.

Op welk moment is, in het kader van de agenda voor gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), voor iedereen meer begrijpelijke informatie beschikbaar en vindbaar? Wordt hierbij ook de effectiviteit van behandelingen, uitkomstindicatoren en de duur kenbaar gemaakt?

In de Agenda gepast gebruik hebben partijen afgesproken een website te ontwikkelen die dit soort keuzeondersteunende informatie gaat ontsluiten. Patiënten, zorgverzekeraars en aanbieders werken hierbij nauw samen en betrekken hier ook partijen bij zoals Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Stichting Benchmark GGz en Vektis. Deze partijen zullen gezamenlijk bepalen welke keuzeondersteunende informatie precies ontsloten gaat worden. Partijen streven een gefaseerde aanpak na waarbij de komende drie jaar de website steeds verder vorm krijgt en steeds meer informatie bevat. Voor deze website zijn partijen voornemens subsidie aan te vragen bij het Kwaliteitsinstituut.

Op welke wijze wordt binnen de GGZ invulling gegeven aan beslissingsondersteunende informatie voor de cliënten om ook hier het «samen beslissen» meer vorm en inhoud te geven?

Het gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) is al langere tijd gemeengoed in de ggz. ROM is bedoeld om een behandeling te ondersteunen door het verloop van de behandeling met tussentijdse uitkomsten

inzichtelijk te maken. Een behandelaar dient deze uitkomsten te bespreken met een patiënt, en indien nodig, eveneens in overleg, de behandeling anders in te richten, te stoppen of naar een andere zorgverlener door te verwijzen.

Uitkomstindicatoren moeten daarom een onderdeel zijn van de zorgstandaarden en ook criteria en normen omtrent tussentijds meten van effectiviteit en op-, afschalen en stoppen van zorg. Bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wordt op dit moment gewerkt aan 17 zorgstandaarden en meer dan 20 generieke modules. In deze standaarden zullen in toenemende mate dergelijke indicatoren en normen opgenomen worden.

De leden van de VVD-fractie achten het van belang om in de brief te lezen dat «partijen onderkennen dat psychosociale zorg een onlosmakelijk onderdeel is van de behandeling van een ernstige somatische aandoening» en dat er wordt gewerkt «aan het beter inbedden van psychosociale zorg in de bekostiging van de medische specialistische zorg». Dit roept wel de vraag op tot welke concrete acties dit gaat leiden en wanneer patiënten iets gaan merken van een integrale bekostiging. Kan dit punt nader worden toegelicht en helder worden gemaakt welke concrete stappen in de komende tijd op dit gebied worden genomen?

Vanuit de werkgroep psychosociale zorg is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bezig met een inventarisatie van oplossingsrichtingen om psychosociale zorg beter in te bedden in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. De NZa verwacht deze inventarisatie in het najaar af te ronden. Een belangrijke vraag die hierbij speelt is wanneer een somatisch traject, en de integrale zorg daarbinnen, eindigt. Dit is een vraag die door beroepsgroepen, bij voorkeur in samenspraak met patiënten en verzekeraars, beantwoord moet worden. Dit is een zorginhoudelijke vraag die aan de bekostiging vooraf gaat. Het Ministerie van VWS dringt er in de werkgroep op aan dat partijen met elkaar spoedig een antwoord formuleren op die vraag.

Om de registratielast te verminderen is het belangrijk om meer toe te werken naar registratie bij de bron. De leden van de VVD-fractie zouden op dit punt graag nader worden geïnformeerd over welke activiteiten worden ondernomen om in de komende jaren hier resultaten op te boeken? Zijn er op dit moment al andere partijen uit de medisch specialistische zorg die ingaan op de uitnodiging om de administratieve last verder aan te pakken?

Met registratie aan de bron kunnen de lasten worden beperkt door het mogelijk te maken om gegevens die eenduidig en eenmalig zijn geregistreerd aan de bron, te hergebruiken voor verschillende doelen. Voor de periode 2014–2018 is in het kader van het Citrien fonds een subsidie van € 5 miljoen aan de NFU verleend om registratie aan de bron te ontwikkelen. De NFU werkt hier samen met Nictiz en de NVZ aan. Met dit geld zijn o.a. zogeheten *Zorginformatiebouwstenen* ontwikkeld. Een zorginformatiebouwsteen (zib) beschrijft precies wat er over een bepaald deel van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd en op welke wijze dit moet gebeuren. De bouwstenen bestaan uit verschillende informatieblokjes, zoals algemene patiëntkenmerken, metingen ter ondersteuning van de zorg en zorgsituatie. Ze moeten door de softwareleveranciers worden ingebouwd in het EPD. Inmiddels zijn 88 zib's gereed en hiermee kan een groot deel van de informatie uit het zorgproces worden vastgelegd. De acht UMC's hebben daarnaast allen een implementatieplan gemaakt om de 2020 implementatiedoelen te behalen (de zogeheten roadmaps).

Om de ontwikkeling te versnellen is in het kader van het jaar van de transparantie een aanvullende subsidie van € 1.453.452 verleend. Hiermee is recentelijk gestart met het uitvoeren van vijf implementatie-pilots. In deze pilots wordt bezien in welke mate en op welke manier eenduidig vastgelegde zorginformatie bruikbaar is voor kwaliteitsregistraties. In nauwe samenwerking met kwaliteitsregistraties zoals LROI en NICE worden alle kansen en valkuilen in het uitvraag- en aanleverproces in kaart gebracht, zodat daar lering uit kan worden getrokken.
Hiervan is het beoogde resultaat is dat aan het eind van 2016 in minimaal vijf ziekenhuizen (UMC's dan wel algemene ziekenhuizen) voor minimaal vijf specialismen meervoudig gebruik van zorginformatie gerealiseerd zal zijn. Uw Kamer wordt in de voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk hier in meer detail over geïnformeerd.

Op 8 juni jongstleden hebben zorgprofessionals, aanbieders, verzekeraars, brancheorganisaties, toezichthouders en VWS gebrainstormd over welke knelpunten in de medisch specialistische zorg opgepakt zouden moeten worden om op de werkvloer de ervaren regeldruk te verminderen. Bijvoorbeeld door het verminderen van dubbele registraties. Een inspirerende avond, waar verschillende knelpunten naar voren kwamen en een start is gemaakt met de aanpak daarvan.

Tenslotte zouden deze leden graag nader worden geïnformeerd over de uitvoering van de motie over Samen Beslissen als standaard in de zorg[6]. Dit in relatie tot de ambitie die ook in de brief wordt uitgesproken om dit «belangrijke proces» ook in de komende jaren voldoende aandacht te geven. De leden van de VVD-fractie zouden graag nader uitgewerkt willen zien hoe dit concreet wordt gedaan? Wat de stand van zaken is om dit onderdeel te laten zijn van elke medische richtlijn en op welke wijze partijen scherp worden gehouden om op dit punt permanent te blijven verbeteren?

Ik vind het van groot belang dat richtlijnen bijdragen aan gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener. Richtlijnen zijn nu nog vaak sterk geformuleerd richting één optie waardoor te weinig ruimte is voor voorkeursgevoelige beslissingen. Ik heb daarom met het Kwaliteitsinstituut afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat samen beslissen, zodra dit meerwaarde heeft, wordt opgenomen in medische richtlijnen. Dit past in de ambitie van de motie over Samen Beslissen als standaard in de zorg.

Het Kwaliteitsinstituut stelt in beginsel zelf geen richtlijnen op. Het is dus aan partijen, waaronder patiëntvertegenwoordigers, om ervoor te zorgen dat gezamenlijke besluitvorming expliciet wordt genoemd in richtlijnen. De huidige criteria van het Kwaliteitsinstituut waarop richtlijnen worden getoetst, het zogenaamde Toetsingskader, bevatten diverse aanknopingspunten om gezamenlijke besluitvorming te bevorderen. Bij het toetsen van richtlijnen weegt het kwaliteitsinstituut mee of samen beslissen onderdeel is van de richtlijn. Om dit verder te bevorderen zal ik het Kwaliteitsinstituut vragen om samen beslissen expliciet op te nemen in het Toetsingskader.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie lezen dat op ZorgkaartNederland.nl voor 25 aandoeningen, bruikbare informatie voor patiënten is te vinden betreffende hun aandoening. Op welke manier wordt het bestaan van deze

---

[6] Motie van de leden De Lange en Bouwmeester over Samen Beslissen als standaard in de zorg, Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 41

website gecommuniceerd aan patiënten? Ditzelfde geldt voor andere bronnen als kiesBeter.nl en Thuisarts.nl. Hoe wordt de doelgroep voor deze websites bereikt, naast het feit dat de websites naar elkaar verwijzen?

ZorgkaartNederland is een belangrijke bron voor patiënten om informatie te vinden. Ik ben verheugd dat deze website ondertussen maandelijks ongeveer 1.000.000 bezoeken heeft. Om patiënten verder over Zorgkaart-Nederland te informeren wordt een breed palet aan communicatiemiddelen ingezet. De belangrijkste is de optimalisatie in de zoekresultaten van Google. Daarnaast worden mensen bereikt via kanalen als Twitter, Facebook en Youtube. Zorgorganisaties zijn ook een belangrijk kanaal om de bekendheid van ZorgkaartNederland te vergroten. Honderden zorgorganisaties activeren actief hun bezoekers om hun ervaring te delen via ZorgkaartNederland. Dat doen ze door middel van widgets en buttons op hun website, maar ook met flyers en posters. Sinds mei jongstleden loopt een landelijke publiekscampagne[7]. Deze bestaat met name uit radiocommercials, en wordt ondersteund door online uitingen.

Thuisarts.nl is met meer dan 80.000 bezoekers per dag de best bezochte website als het gaat om niet-commerciële patiënteninformatie in de 1^ste^lijn. Deze wordt nu verrijkt met 2de lijnsinformatie die voor patiënten belangrijk en relevant is. Over de 30 aandoeningen, evenals voor de duurzame inbedding van medisch specialistische patiënteninformatie, zal in het najaar breder worden gecommuniceerd. Achterliggende gedachte hierbij is dat het goed is om eerst concrete resultaten neer te zetten en daaraan de communicatieboodschap te koppelen.

KiesBeter.nl richt zich sinds begin 2014 op kwaliteit van zorg, en is sinds dat moment bezig met het vullen van de site. *KiesBeter* kende in 2015 160.000 gebruikers. Ook is gewerkt aan de vindbaarheid via zoekmachines; dertig procent van alle bezoeken aan KiesBeter komt via *Google*. Er wordt continu gewerkt aan een goede vindbaarheid op Google. Daarnaast zijn er meer dan 5.000 websites die naar KiesBeter verwijzen, en pagina's van KiesBeter over meer dan 175 aandoeningen zijn sinds kort opgenomen in Inforium: een online tool die steeds meer artsen en apothekers gebruiken om patiënteninformatie naar hun patiënten te mailen.

Welke inschatting heeft de Minister wat betreft de (naams-) bekendheid van deze websites? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de mogelijkheden van deze websites zo goed mogelijk worden benut door diegenen voor wie dit een uitkomst kan bieden?

De naamsbekendheid van ZorgkaartNederland wordt momenteel gemonitord om de effectiviteit van de radiocampagne over Zorgkaart-Nederland te meten. De uitkomsten van de nulmeting (mei 2016) is dat 26% van de doelgroep (18+) ZorgkaartNederland kent bij het noemen van de naam. Mensen weten dat het een ervaringssite is voor de zorg.

De naamsbekendheid van Thuisarts.nl en Kiesbeter.nl is niet onderzocht. Het bereik van Thuisarts.nl is wel hoog. In de afgelopen maand waren er 1.614.295 unieke bezoekers, 2.237.681 bezoeken en 4.122.621 paginaweergaven.

---

[7] https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/start-landelijke-campagne-zorgkaartnederland

De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het actieplan van zorgverzekeraars, «Kern-gezond», waarin afspraken liggen vastgelegd over het inzichtelijker maken van zorgpolissen en het eenvoudiger maken van overstappen voor verzekerden. Kan een inschatting worden gegeven van de stand van zaken van dit actieplan? Is er al zicht op een informatiebijsluiter voor verzekerden over bijvoorbeeld de gevolgen van het kiezen voor een budgetpolis? Op welke wijze draagt dit actieplan volgens de Minister bij aan een stevigere positie van de patiënt binnen het stelsel?

In mijn brief van 11 maart 2016 over de monitor overstapseizoen (Kamerstuk 29 689, nr. 689) heb ik u verslag gedaan van de stand van zaken van het actieplan Kern-gezond. Zorgverzekeraars hebben in het overstapseizoen aan verzekerden een informatiebijsluiter aangeboden bij een polis met beperkende voorwaarden (budgetpolis). Het aantal polissen met beperkende voorwaarden is in 2016 lager dan in 2015, namelijk 11 in 2016 ten opzichte van 17 in 2015. Het aantal verzekerden dat kiest voor een budgetpolis is de afgelopen jaren gestaag toegenomen naar 7,3% in 2015 (zie Marktscan zorgverzekeringsmarkt). Voor 2016 heb ik hierover nog geen gegevens van de NZa ontvangen. Betere informatievoorziening hoeft er niet per definitie toe te leiden dat minder mensen voor een polis met beperkende voorwaarden kiezen. Wel is het belangrijk dat mensen die voor een dergelijke polis kiezen goed geïnformeerd zijn over de inhoud van hun polis. Doordat verzekerden beter geïnformeerd worden door verzekeraars worden zij beter in staat gesteld om een goede keuze te maken voor de juiste polis. Voor het stelsel is dat van belang, omdat verzekeraars daardoor gestimuleerd worden om bij het aanbieden van hun polissen daar goed rekening mee te houden.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de lijn van Kern-gezond ook voor het volgende overstapseizoen zullen voortzetten. Omdat zorgverzekeraars niet de enige aanbieders van zorgverzekeringen zijn, gaan zij met de andere aanbieders van zorgverzekeringen in overleg om de informatievoorziening voor verzekerden te verbeteren. Daarnaast gaan zorgverzekeraars de «zorgverzekeringskaart» tot stand brengen om verzekerden beter te ondersteunen bij hun keuze voor een zorgverzekering in het komende overstapseizoen. Hiervoor bekijkt ZN dit voorjaar samen met de Consumentenbond en de NPCF hoe dit kan worden vormgegeven.

Genoemde leden zijn benieuwd naar het effect van de afspraken van de Minister met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over verbetering van het contracteerproces zodat verzekerden tijdens de overstapperiode meer duidelijkheid hebben over welke zorg er in de polissen wordt aangeboden en welke niet, en bij welke zorgaanbieder deze zorg kan worden genoten. Op welke manier zal worden ingegrepen wanneer deze afspraken niet voldoende blijken of wanneer deze afspraken niet worden nagekomen? Welke mogelijkheden bestaan er dan voor de verzekerden om een weloverwogen beslissing te maken over de zorgpolis?

Naar aanleiding van het overleg dat ik heb gehad met verzekeraars, aanbieders en de NZa zijn er tussen hen afspraken gemaakt die moeten zorgen voor duidelijkheid over zorgpolissen voor verzekerden tijdens de overstapperiode. Deze zijn eind maart 2016 gemaakt met als doel de contractering van de medisch specialistische zorg voor 2017 te verbeteren (zie mijn brief van 31 maart jongstleden (Kamerstuk 29 689, nr. 695). Het is nog te vroeg in het jaar om nu al de effecten te beoordelen. De NZa zal op drie momenten in het contracteerproces monitoren hoe partijen gevorderd zijn in het contracteerproces: kort na 1 augustus, kort na 15 september en op 1 november. Ik zal in het bestuurlijk overleg van

aanstaande september met partijen bezien in hoeverre de afspraken in de praktijk tot op dat moment hebben gewerkt.

Evenwichtig partnerschap in het contracteerproces is noodzakelijk en partijen hebben uitgesproken zich hiervoor verantwoordelijk te voelen. Op basis van de monitoring van de NZa blijf ik in gesprek met partijen over een verdere verbetering en versnelling van de contractering. Ik ga er dan ook vanuit dat er op 19 november helderheid voor verzekerden bestaat met betrekking tot het gecontracteerde aanbod over 2017. Dat wil niet zeggen dat de contractering voor die tijd volledig hoeft te zijn afgerond, wel dat helder is wat een polis precies biedt.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat van de 30 meest voorkomende aandoeningen, informatie beschikbaar is gekomen. Genoemde leden zijn benieuwd naar de ambities wat betreft andere aandoeningen. Is de Minister voornemens om ook voor andere aandoeningen dergelijke informatie aan te bieden? Kan hier een toelichting op worden gegeven waarom dit wel of niet in de lijn der ambitie ligt?

Met het Jaar van de transparantie heb ik een impuls gegeven in het beschikbaar komen van begrijpelijke informatie over de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Er is hierbij gefocust op de 30 meest voorkomende aandoeningen. Voor deze 30 aandoeningen is ingezet op het doorlopen van de kwaliteitscyclus en het ontwikkelen van informatie voor de patiënt. Ook voor andere aandoeningen wordt al informatie voor de patiënt ontwikkeld, bijvoorbeeld door het maken van patiëntenversies van richtlijnen en het ontwikkelen van keuzehulpen en option grids. Het inzichtelijk maken van de 30 meest voorkomende aandoeningen is niet het slot, maar juist een belangrijke versnelling in de beweging om stapsgewijs informatie voor de patiënt beschikbaar te maken. Dit proces gaat in volle vaart door. Ten behoeve van het beschikbaar maken van deze inzichtelijke informatie heb ik € 5 miljoen per jaar ter beschikking gesteld.

De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de stelling dat positieve invloed geleverd wordt door mensen die in de zorg werken, wat betreft de verbetering van de (informatie)positie van de patiënt. Zij zijn onder de indruk van de betrokkenheid van initiatiefnemers, die met hun initiatieven een groot verschil voor hun patiënten kunnen betekenen. Op welke manier worden zorgmedewerkers die goede ideeën hebben gestimuleerd om deze verder uit te rollen? Op welke wijze worden de praktijkteams de komende jaren ingezet, die nu vanuit het Ministerie van VWS worden ingesteld om mee te denken, health deals te sluiten en te experimenteren met health impact bonds?

De aanpak gaat juist uit van de inbreng van zorgmedewerkers, zoals medisch specialisten, verpleegkundigen en kwaliteitsmedewerkers. Zij bepalen samen met patiëntenorganisaties welke informatieproducten worden ontwikkeld. Praktijkteams kunnen hier een duidelijke focus in aanbrengen, omdat zij in beeld krijgen welke knelpunten bestaan. Indien een praktijkteam concludeert dat een health deal of impact bond nodig is om de gevonden knelpunten op te lossen, zal VWS partijen hierin ondersteunen en waar mogelijk bijdragen om de betreffende health deal of impact bond te verwezenlijken. Ook kunnen de praktijkteams ingezet worden om goede voorbeelden verder te verspreiden.

De leden van de PvdA-fractie erkennen het belang van het verminderen van de registratielast binnen de zorg. Regels moeten aan goede zorg bijdragen en deze niet blokkeren. De zorg voor mensen moet hierbij centraal staan, niet de betaalregels en het systeem. Genoemde leden lezen dat partijen uit de medische specialistische zorg zijn uitgenodigd om

gezamenlijk de administratieve lasten waar de zorgprofessionals concreet last van hebben, aan te pakken. Zij zien deze gezamenlijke aanpak als positief, maar willen hierbij ook aandacht vragen voor de registratielast van de patiënt. Eind vorig jaar werd door de NPCF middels een petitie aandacht gevraagd voor de registratielast van patiënten. Niet alleen voor werknemers in de zorg is regeldruk een blok aan het been, ook mensen die zorg ontvangen ervaren grote regeldruk en administratieve lasten: voor 28% van de mensen die zorg nodig hebben, kost de administratie het meer dan 2 uur per week. Wordt deze regeldruk ook meegenomen in de overwegingen van de Minister en op welke manier kan deze volgens de Minister worden verminderd?

Uw Kamer wordt in de voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk hier nader over geïnformeerd. Vooruitlopend daarop kan ik u verzekeren dat ook de vermindering van de regeldruk van de patiënt onderdeel is van onze aanpak.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de Minister voor de komende jaren nog de ambitie heeft voldoende aandacht te hebben voor het vergroten van transparantie over de kwaliteit van zorg, en het verbeteren van de informatie voor, tijdens en na de behandeling voor patiënten. Kan worden aangegeven wat de Minister als grootste uitgangspunt voor de komende jaren ziet? Welke uitdagingen ziet zij, op welke gebieden verwacht zij nog een verbetering en wanneer is zij tevreden over de behaalde resultaten? Op welke manier zorgt de Minister ervoor dat het Jaar van de transparantie, ook na 2015 een positieve bijdrage zal hebben aan de zorg in Nederland?

Hierboven heb ik aangegeven dat een grote stap is gezet maar ook nog een flinke inspanning nodig is om volledig te realiseren dat iedere patiënt voor elke vraag in elke fase van de behandeling relevante informatie kan vinden of krijgt aangereikt. Om de vaart erin te houden heb ik het Kwaliteitsinstituut verzocht om de regie houden over het vergroten van transparantie en het verbeteren van informatie voor de patiënt. Het Kwaliteitsinstituut is met ingang van 2016 gemandateerd om de subsidies voor transparantie over de kwaliteit van zorg te verstrekken. Jaarlijks stel ik daarvoor € 5 miljoen beschikbaar. Daarnaast stel ik jaarlijks het thema vast in afstemming met het Kwaliteitsinstituut en betrokken partijen. Voor 2016 is dat het thema «samen beslissen». Ik richt mij met deze subsidies op een onomkeerbare beweging om de kwaliteit van zorg transparant te maken voor de patiënt opdat hij er daadwerkelijk wat aan heeft op het moment dat dit voor hem het belangrijkst is, namelijk bij beslissingen over zijn zorg.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie merken ook op dat de Minister voor het Jaar van de transparantie sterk leunt op andere organisaties, maar zelf niet het goede voorbeeld geeft. Op een groot aantal gebieden handelt de Minister juist niet transparant waar dat wel mogelijk is en maatschappelijk wenselijk. Als voorbeelden noemen deze leden daarbij de geheime prijsafspraken met farmaceutische industrie, het niet daadkrachtig aanpakken van misleiding in het Transparantieregister Zorg of het verplicht stellen van deelname hieraan, het weigeren van een uitspraak te doen in de discussie rondom het hinderpaalcriterium en het niet inzichtelijk willen maken van de kosten die ziekenhuizen kwijt zijn aan management, consultancy, ICT en accountancy. Hoe kan de Minister dit alles rijmen met haar zogenaamde streven naar transparantie? Is de Minister het met genoemde leden eens dat transparantie en jezelf toetsbaar opstellen een vanzelfsprekendheid zou moeten zijn? Waarom

doet zij dit dan zelf niet? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide beantwoording op de gestelde vragen.

Laat ik voorop stellen dat ik grote waarde hecht aan transparantie. Dit is van belang ter versterking voor de positie van de patiënt. Maar transparantie is geen doel op zich. Het is niet altijd mogelijk of in het belang van patiënten en verzekerden om naar transparantie te streven. Aan de hand van bovengenoemde voorbeelden licht ik dit toe.

Transparantie zou een rol moeten spelen bij de prijzen van geneesmiddelen. Op dit terrein word ik in toenemende mate geconfronteerd met een dilemma. Indien we met bedrijven geen vertrouwelijk arrangement sluiten, betalen we een hogere prijs voor geneesmiddelen. Zo zadelen we de premiebetaler op met hoge geneesmiddelenprijzen ofwel nemen we een geneesmiddel niet op in het basispakket wegens te hoge kosten. Daarmee hebben onze patiënten geen toegang tot dit geneesmiddel. Het enig alternatief is om een vertrouwelijk arrangement met de industrie te sluiten dat de transparantie op de geneesmiddelenmarkt beperkt. Om toch zo transparant mogelijk te zijn over de opbrengsten van de vertrouwelijke arrangementen, heb ik u onlangs een brief gestuurd waar ik de totale beperking van de uitgaven aan deze geneesmiddelen uiteen heb gezet (Kamerstuk 29 477, nr. 386).

Nederland is niet het enige land dat dit vertrouwelijk doet. Alle landen die onderhandelen over prijzen met de industrie doen dit vertrouwelijk. Alleen wanneer we zowel op nationaal, Europees als op internationaal niveau inzetten op maatregelen, kunnen we wellicht de huidige situatie doorbreken. Daarom is in de BeNeLux met Oostenrijk samenwerking ten aanzien van geneesmiddelenbeleid onderlinge transparantie een belangrijk speerpunt.

Het melden van financiële relaties in het Transparantieregister Zorg is niet vrijblijvend. In de geneesmiddelensector ziet de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) toe op de samenwerking tussen zorgverleners en farmaceutische bedrijven. In de medische hulpmiddelensector is dat de Code Commissie van de Stichting Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH). Los van de afspraken binnen de sector zelf, zal de IGZ handhaven dat partijen binnen de kaders van de Geneesmiddelenwet opereren. Deze transparantieregisters zijn juist ingesteld om transparantie over financiële relaties tussen de industrie en de zorgverlener te geven aan het publiek. Nederland loopt daarmee in de voorhoede van de wereld.

Er moeten nu meer financiële relaties worden gemeld dan voorheen. Ook wordt de transparantie in de medische hulpmiddelensector stapsgewijs vergroot. Dit alles zorgt voor een grote dekkingsgraad en resulteert in meer openbaarmakingen van deze relaties in het Transparantieregister Zorg.

Over het hinderpaalcriterium staat in de Zorgverzekeringswet dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat dit een belemmering is voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zorgverzekeraars mogen zelf een vergoeding bepalen voor niet gecontracteerde zorg, maar het hinderpaalcriterium biedt daarbij wel een richtsnoer. De duiding van het begrip hinderpaal is aan de rechter; de jurisprudentie hierover is nog niet uitgekristalliseerd. De NZa heeft in 2015 kenbaar gemaakt hoe zij zal toezien op het hinderpaalcriterium. De NZa wil dat zorgverzekeraars een lager percentage dan 75 procent motiveren en zo nodig onderbouwen naar de NZa. Volgens de NZa kan het opnemen van een hardheidsclausule in de modelovereenkomst hierbij ook een rol spelen. Een dergelijke

hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg.

Als het gaat om management, consultancy, ICT en accountancy is het is aan zorgverleners zelf om te sturen op de kosten en daarover transparant te zijn. Om een patiënt in staat te stellen verantwoorde keuzes in de zorgverlening te maken, is het vooral van belang dat zij inzicht heeft in de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten van een behandeling.

De leden van de SP-fractie merken verder op dat het verkrijgen van meer informatie volgens de Minister als doel heeft dat patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis, een behandelaar of een behandeling. Maar het omgekeerde lijkt het geval. Door de toename van het aantal verzekerden met een budgetpolis, kunnen steeds minder verzekerden zelf het ziekenhuis of de behandelaar van hun voorkeur kiezen. Erkent de Minister dat de beperkte zorgcontractering bij veel polissen keuzevrijheid in de weg staat? Vindt de Minister dat transparantie en keuzevrijheid alleen zijn weggelegd voor mensen die zich een dure polis kunnen veroorloven? Zo nee, is Minister dan bereid de budgetpolis met beperkte contractering van zorg te verbieden?

Het aantal polissen met beperkende voorwaarden neemt af. Het is voor 2016 nog niet helder of er meer verzekerden voor een dergelijke polis hebben gekozen; de afgelopen jaren was er sprake van een gestage groei van het aantal verzekerden dat zelf kiest voor een polis met beperkende voorwaarden. Verzekerden maken deze afweging zelf. De bijsluiter, die helder aangeeft waar je voor kiest als een budgetpolis neemt, zorgt ervoor dat de verzekerde goed weet waarvoor hij kiest. Verzekerden hoeven geen budgetpolis af te sluiten. De zorgtoeslag compenseert mensen met een smallere beurs voor hun zorgkosten. Het is een eigen afweging van mensen om te kiezen voor een budgetpolis met beperkte contractering, een andere budgetpolis, een naturapolis of een restitutiepolis. Ik ben dan ook niet voornemens budgetpolissen met beperkte contractering te verbieden.

De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat de site ZorgkaartNederland.nl een belangrijke rol speelt in het streven naar meer transparantie. Toch blijkt uit recent onderzoek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) dat de Zorgkaart geen betrouwbaar beeld van zorgkwaliteit kan geven. Het is namelijk onduidelijk of slechte recensies daadwerkelijk van een patiënt komen, of bijvoorbeeld van iemand die erop uit is een zorgverlener bewust te beschadigen. Ook stelt het onderzoek dat vanwege de marktwerking de Zorgkaart ziekenhuizen ertoe aanzet veel geld en energie te steken in het stijgen op de ranglijst. Deze leden onderschrijven de conclusie dat dit meer met marketing te maken heeft dan met kwaliteit. Sterker nog, doordat de aandacht hiervoor ten koste gaat van bijvoorbeeld het aantal verpleegkundigen en het afleidt van waar het in de zorg om moet draaien, heeft het juist een negatief effect op de kwaliteit. Kan de Minister haar appreciatie uitspreken over het onderzoek en ingaan op de conclusies en aanbevelingen?[8] *Genoemde leden vragen de Minister om ook te reageren op het jubelverhaal van patiënten federatie NPCF over de Zorgkaart. Hoe verklaart zij het enerzijds vernietigende oordeel van het NTvG en de lovende uitspraken van de NPCF anderzijds zoals dat de «ZorgkaartNederland niet meer weg is te*

[8] https://www.ntvg.nl/artikelen/hoe-representatief-zorgkaart-nederland/volledig

denken uit het Nederlandse bestel». Krijgt de NPCF subsidie voor haar medewerking aan de Zorgkaart? Zo ja, hoeveel?[9]

Ik ben van mening dat waarderingswebsites, zoals ZorgkaartNederland, een moderne aanvulling zijn op de informatievoorziening en inzicht geven in het patiëntenperspectief. De informatie op beoordelingswebsites zegt iets over de door mensen ervaren zorg. Hierbij geldt uiteraard dat hoe hoger het aantal waarderingen is, hoe betrouwbaarder het beeld is dat daaruit ontstaat. Deze betrouwbaarheid neemt steeds verder toe, want maandelijks worden tienduizend waarderingen geplaatst.

De redactie van ZorgkaartNederland treft veel maatregelen om een veilige en betrouwbare omgeving te bieden. In de praktijk betekent dit onder meer dat geen enkele waardering ongezien wordt geplaatst. De redacteuren toetsen ondermeer of de waardering voldoet aan de fatsoensnormen; of er geen scheldwoorden in voorkomen en er geen beschuldigingen van strafbare feiten in staan. Ook voert de redactie controles uit om oneigenlijk gebruik op te sporen. Daartoe checken zij op IP-adres en doen zij waar nodig redactioneel onderzoek.

Onderzoek in het NTvG geeft aan dat het aantal reviews per arts nu nog vaak te laag is voor het betrouwbaar vergelijken van individuele artsen. Daar staat onderzoek tegenover waaruit blijkt dat ZorgkaartNederland op ziekenhuisniveau niet onder doet voor meer gecontroleerde studies[10]. Ook buitenlands onderzoek toont aan dat ratings op ziekenhuisniveau samenhangen met meer traditionele kwaliteitsmaten, gemeten met de Hospital CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems)[11]. Dit past bij de focus van het Jaar van de transparantie en het Kwaliteitsinstituut op het beoordelen en vergelijken op instellingsniveau.

Een andere conclusie van het onderzoek in het NTvG is dat de waarderingen op ZorgkaartNederland.nl een betrouwbaar beeld geven van de zorg zoals deze werd gepercipieerd door de beoordelaars. Dit geeft patiënten en specialisten inzage in de opinie van individuele patiënten, maar maakt de daadwerkelijke kwaliteit van zorg niet inzichtelijk. De conclusie bevestigt wat ZorgkaartNederland in de kern is: een ervaringssite van patiënten voor patiënten.

Tot slot merk ik op dat het Ministerie van VWS geen structurele subsidie geeft aan de NPCF voor ZorgkaartNederland. Het ministerie geeft wel incidentele subsidie zodat bepaalde aspecten kunnen worden verbeterd. In het kader van het Jaar van de transparantie is vorig jaar € 500.000,– subsidie gegeven om de kwaliteit van de reviews te verbeteren. Daarnaast is voor de periode 2015–2017 zo'n € 4 mln. subsidie vanuit het ministerie verleend om de cliëntenwaarderingen over verpleeg- en verzorghuizen te stimuleren.

Deze leden onderschrijven dat de registratielast en bureaucratie voor zorgaanbieders moet worden aangepakt. Zij constateren echter wederom dat de Minister hier wel veel mooie woorden aan wijdt, maar mogelijkheden om dit echt aan te pakken laat liggen. Meest recente voorbeeld wat de leden hierbij willen noemen, is de ontwikkeling van het Kwaliteitsstatuut. Evenals op veel andere vlakken, gaan zorgverzekeraars hierbij toch weer ieder voor zich aanvullende eisen stellen. Waarom pakt de Minister de bureaucratie en registratielast niet werkelijk aan door hier

---

[9] https://www.npcf.nl/nieuws/patientenfederatie-zet-de-etalage-van-de-zorg-in-het-zonnetje
[10] http://www.skipr.nl/actueel/id16664-vergelijkingssite-geeft-betrouwbaar-beeld-.html
[11] Zie Bardach e.a. (2013): http://qualitysafety.bmj.com/content/22/3/194

uniformiteit in aan te brengen? Waarom verbiedt de Minister zorgverzekeraars niet ieder voor zich met aanvullende eisen en lijstjes te komen?

Het verminderen van registratielast van zorgaanbieders is een belangrijk speerpunt in mijn beleid. Om dit te bereiken heeft het Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol in het vergroten van de uniformiteit en daarmee het verminderen van registratielast van kwaliteitsgegevens. Door tripartiet afspraken te maken over kwaliteit wordt voorkomen dat zorgverzekeraars nog aanvullende uitvragen of eisen hoeven te stellen. Met zorgverzekeraars heb ik dan ook afgesproken dat zij enkel inkopen op basis van de tripartiete vastgestelde kwaliteitcriteria en richtlijnen, indien deze beschikbaar zijn. Zorgverzekeraar bepalen dan dus niet ieder voor zich wat goede kwaliteit is, maar alle verzekeraars zullen een gedeeld kwaliteitskader hanteren zoals ingeschreven bij het Kwaliteitsinstituut.

Op deze manier zal het Kwaliteitsstatuut ook voor de geestelijke gezondheidszorg bijdragen aan het verminderen van de registratielast van zorgaanbieders. Het model kwaliteitsstatuut is als een zorgstandaard geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut. Zorgverzekeraars hebben toegezegd om concreet geformuleerde normen, zoals die met betrekking tot het regiebehandelaarschap, op uniforme wijze te gaan toepassen.

De leden van de SP-fractie wijzen de Minister bovendien op de doelstellingmeting van Nictiz en het NIVEL, waaruit blijkt dat er weinig ontwikkeling is voor wat betreft de doelstellingen voor e-health. Het internetgebruik onder de doelgroep van chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis blijkt lager te zijn dan gemiddeld. Daarnaast heeft ongeveer een derde van hen geen behoefte om zelfstandig gezondheidsmetingen uit te voeren. Genoemde leden vragen hoe die bevindingen zich verhouden tot recente uitspraken van de bewindslieden van VWS in de media dat de ontwikkelingen «razendsnel» gaan en dat ziekenhuizen over een paar jaar «totaal achterhaald» zouden zijn? Zijn er andere onderzoeken die deze beweringen staven of is hier vooral sprake van wensdenken?[12] [13]

De cijfers van de tussenrapportage e-health doelstellingen van Nivel en Nictiz laten zien dat een aantal vormen van e-health, zoals thuisalarmering en zelfstandige metingen, op aanzienlijke schaal wordt toegepast. Inzage in de gegevens en telemonitoring vragen om extra inspanning om gemeengoed te worden. Daarbij is op te merken dat de rapportage uitsluitend wordt gekeken naar het (eind)gebruik van e-health op de drie door het kabinet geformuleerde doelstellingen. De ontwikkelingen bij ziekenhuizen, andere aanbieders en andere ehealth gebruikers worden in deze metingen niet meegenomen, waardoor ontwikkelingen in het zorgaanbod en het gebruik van ehealth toepassingen in den brede niet zichtbaar worden in deze cijfers.

Onze uitspraken naar aanleiding van de ehealth week gaan over de toekomst; niet zozeer over vandaag of morgen, maar over de verwachtte ontwikkelingen over een aantal jaren. Er zijn internationaal verschillende voorbeelden die tonen welke grote voordelen patiënten hebben bij een slimme inzet van ehealth. Deze voordelen willen wij de Nederlandse patiënten niet onthouden.

---

[12] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/06/07/omdat-ik-het-belangrijk-vind-om-goed-voor-mezelf-te-zorgen/omdat-ik-het-belangrijk-vind-om-goed-voor-mezelf-te-zorgen.pdf

[13] NRC Next, «Groot ziekenhuis is over een paar jaar achterhaald», d.d. 6 juni 2016

De leden van de SP-fractie constateren tot slot dat de Minister jaarlijks 5 miljoen euro wil uittrekken om vervolg te geven aan de uitvoering van de maar liefst 53 projecten die onder de noemer Jaar van de transparantie vallen. Kan de Minister een nadere onderbouwing geven waar dit bedrag aan wordt besteed en of dit voldoende zal zijn? Hoeveel kosten de 53 projecten los van dit extra geld aan (ambtelijke) uren? Hoeveel subsidies worden verstrekt in het kader van deze projecten, aan wie en met welke opdracht?

Voor een deel van de 53 activiteiten uit de bijlage bij mijn brief van 22 april 2016 aan de Tweede Kamer over de resultaten van het Jaar van de Transparantie is subsidie aangevraagd. In onderstaand overzicht staan de subsidieaanvragen van betreffende organisaties, waarin zij de verschillende activiteiten uit het Jaar van de Transparantie hebben gebundeld.

Subsidie-aanvragers	Hoofdonderwerp	Verstrekte subsidies (in €)
NPCF	Verbeteren patiënteninformatie met profielen zorgaanbieders, vergelijkingshulpen en patiëntversies, profielen patiëntenorganisaties, patiëntveiligheidskaarten	1.483.680
FMS	Patiëntversies 300 richtlijnen, patiënteninformatie 30 aandoeningen, ondersteuning Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda	1.755.401
NFU	Registratie aan de bron	1.453.452
NVZ	Ondersteuning portal	181.016
DICA	Dataverificatie	200.000

Voor de komende jaren heb ik jaarlijks € 5 mln. beschikbaar gesteld. In 2015 was het thema transparantie over de kwaliteit van de medisch specialistische zorg en in vervolg daarop heb ik voor 2016 dit thema verbreed naar Samen beslissen. Voor dit thema kunnen nieuwe subsidieaanvragen worden ingediend. Deze subsidiemiddelen zet ik in om transparantie over de kwaliteit van zorg te stimuleren en zijn bedoeld als een aanvulling op de inzet van eigen middelen van de organisaties. De ambtelijke inzet behoort tot de reguliere werkzaamheden en betreffen de gebruikelijke handelingen die voortvloeien uit de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De Minister schrijft dat in 2015 en 2016 gewerkt wordt aan de polischecker, waarmee een ziekenhuis vooraf inzicht kan verkrijgen of een behandeling voor medisch specialistische zorg voor die patiënt voor vergoeding in aanmerking komt. De leden van de CDA-fractie delen de doelstelling om hiermee te voorkomen dat een verzekerde achteraf wordt geconfronteerd met een ziekenhuisrekening die niet (volledig) wordt vergoed. Zij zien met instemming dat hiermee het inzicht of een verzekerde voor bepaalde zorg verzekerd is, voor in ieder geval de zorgaanbieder hiermee wordt vergroot. De leden van de CDA-fractie vragen wel of dit betekent dat de verantwoordelijkheid om hierop te controleren bij het ziekenhuis komt te liggen. Wat als het ziekenhuis deze controle niet (goed) uitvoert, kan de verzekerde achteraf dan toch met een onverwachte rekening worden geconfronteerd? Bestaat er een kans dat het ziekenhuis in een dergelijk geval voor de kosten zal moeten opdraaien?

De reikwijdte en hoogte van de vergoedingen voor zorg zijn vastgelegd in de polisovereenkomst tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Door de Inkijkvoorziening Polis (IVP) kan een geautoriseerde medewerker van een algemeen of academisch ziekenhuis inzien of op grond van de afgesloten

zorgverzekering van de desbetreffende verzekerde een bepaalde DBC wel, niet of gedeeltelijk is gecontracteerd c.q. voor vergoeding in aanmerking komt. De IVP stelt zorgaanbieders in staat om de patiënt vooraf in te lichten over de eventuele risico's op bijbetaling. Uiteindelijk is de patiënt zelf verantwoordelijk, net zoals dat altijd het geval is geweest. Het ziekenhuis biedt extra service. De verzekerde kan altijd informatie inwinnen bij zijn zorgverzekeraar met wie hij een contract heeft.

De leden van de CDA-fractie vragen of verzekerden zelf ook de polischecker kunnen gebruiken om inzicht te verkrijgen of een bepaalde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Genoemde leden vragen daarnaast of met de polischecker enkel de UZOVI-code gebruikt wordt, of dat er nog andere gegevens van de patiënt verwerkt worden. Deze leden lezen in de bijlage dat de polischecker (Inkijkvoorziening Polis) op 1 januari 2016 beschikbaar is gekomen voor ziekenhuizen. Wordt de polischecker door alle ziekenhuizen gebruikt? Zo nee, door welke ziekenhuizen wel en welke niet? Als niet alle ziekenhuizen de polischecker gebruiken, wat zijn daarvan dan de redenen?

De IVP is een dienst voor zorgaanbieders om een patiënt voorafgaand aan de behandeling te kunnen informeren of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Verzekerden kunnen zelf via de mijn-omgeving op de website van de zorgverzekeraar inzien welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt. De UZOVI-code is een code om zorgverzekeraars, labels en volmachten te identificeren. Op die manier kan de zorgaanbieder via de IVP opzoeken welke polis een patiënt heeft op basis van de BSN- en geboortedatum van de betreffende persoon. Overigens konden zorgaanbieders ook voor 2016 al nagaan bij welke zorgverzekeraar een patiënt verzekerd was op basis van de verzekerdenpas. De IVP is beschikbaar voor alle algemene en academische ziekenhuizen. Er is geen inzicht in welke mate de ziekenhuizen de IVP nu gebruiken. Omdat de IVP nog maar recent beschikbaar is, zal het gebruik nog moeten groeien. De komende periode zal door ziekenhuizen en zorgverzekeraars gemonitord worden of het gebruik ook daadwerkelijk toeneemt en of er knelpunten zijn.

De Inkijkvoorziening Polis (IVP) is samen met het door zorgverzekeraars opgerichte VECOZO ontwikkeld. De leden van de CDA-fractie vragen of alle zorgverzekeraars bij VECOZO zijn aangesloten. Zo nee, hoe zit het dan met de patiënten die verzekerd zijn bij verzekeraars die niet bij VECOZO aangesloten zijn? Kunnen ziekenhuizen voor die verzekerden op een andere wijze controleren of ze voor vergoeding in aanmerking komen? Wat zijn volgens de Minister de redenen voor zorgverzekeraars om niet aangesloten te zijn bij VECOZO?

De zorgverzekeraars hebben samen met de NVZ en NFU de IVP laten ontwikkelen door VECOZO, de organisatie die onder meer het declaratieverkeer in de zorgsector regelt. Alle ziekenhuizen en alle zorgverzekeraars zijn aangesloten bij VECOZO.

De Minister schrijft dat ze afspraken heeft gemaakt met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa over de verbetering van het contracteringsproces. De leden van de CDA-fractie vragen welke afspraken dit precies zijn en of de Minister hiermee kan garanderen dat de problemen die zich het afgelopen overstapseizoen hebben voorgedaan, komend jaar niet meer zullen voorkomen.

In mijn brief van 31 maart jongstleden (Kamerstuk 29 689, nr. 695) heb ik u geïnformeerd over de afspraken die zijn gemaakt voor de verbetering van het contracteringsproces. De afspraken hebben betrekking op verschillende aspecten van het contracteerproces. Alle partijen dragen hieraan bij,

evenwichtig partnerschap is noodzakelijk en partijen hebben uitgesproken zich hiervoor verantwoordelijk te voelen. In de afspraken wordt allereerst ingezet op het creëren van de juiste randvoorwaarden voor goede en tijdige contractering. De NZa zal de monitoring van het contracteerproces op zich nemen, met drie meetmomenten, die aansluiten bij de extra deadlines. Onlangs is de onafhankelijke geschillencommissie operationeel geworden, waardoor vanaf dit jaar laagdrempelige bemiddeling en geschilbeslechting mogelijk is, indien partijen er onverhoopt niet uitkomen. Uiteindelijk zijn het de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf die lokaal verantwoordelijk zijn voor een goed verlopen contracteerproces. Uiteindelijk is het doel dat in de overstapperiode het voor verzekerden helder is welke polis welke zorgaanbieders vergoed. Het contracteringsproces hoeft nog niet volledig te zijn afgerond, als de informatie aan de verzekerde maar volledig is.

De Minister schrijft dat voor 19 van de 30 aandoeningen keuzehulpen beschikbaar zijn op kiesBeter. De leden van de CDA-fractie vragen om welke redenen deze keuzehulpen voor de overige 11 van de 30 aandoeningen niet beschikbaar zijn voor patiënten. Op welke termijn zullen deze keuzehulpen wel beschikbaar zijn?

Bij het ontwikkelen van informatie over de 30 aandoeningen is steeds bekeken op welk onderdeel de meeste prioriteit moest komen te liggen. Voor behandelkeuzehulpen geldt dat dit niet overal tot de prioriteit behoorde. Dit soort keuzehulpen is een belangrijk instrument voor patiënten en artsen om samen een keuze te maken over voor een behandeling maar het verschilt per aandoening of dit past in het zorgproces. Voor een aantal van de 30 aandoeningen ligt een behandelkeuzehulp minder voor de hand, bijvoorbeeld bij multitrauma of hartinfarcten.

De Minister wil initiatieven die artsen ondernemen om de positie van patiënten te verstevigen, versterken met health deals en health impact bonds. Genoemde leden vragen hoe veel health deals en health impact bonds er inmiddels afgesloten zijn. Deze leden vragen of er inmiddels health impact bonds, gericht op het bevorderen van preventie, zijn afgesloten.

Health deals zijn bedoeld om maatschappelijk impactvolle initiatieven in de zorg te versnellen. Het voorstel voor een Health deal komt vanuit de sector en er is minimaal één private partij bij betrokken. De overheid heeft hierbij een faciliterende rol en zal daar waar nodig en wenselijk helpen om belemmeringen op te lossen. Er is geen financiële inspanning vanuit de overheid aan de orde. Tijdens de ehealth week heb ik de eerste Health Deal getekend. Deze moet een bijdrage gaan leveren aan meer gerichte beslissingen in de kankerzorg. De wetenschap rondom de oncologie ontwikkelt zich razendsnel. Effectiviteit van behandelingen tegen kanker verschillen van persoon tot persoon. De hoeveelheid aan beschikbare informatie maakt het haast onmogelijk om deze altijd op het juiste moment ter beschikking te hebben. Hierdoor is het mogelijk dat individuele patiënten niet altijd de behandeling krijgen die voor hen optimaal werkt. IT-gebaseerde beslisondersteuning kan erbij gaan helpen om de relevante kennis op het juiste moment op een handige manier ter beschikking te hebben. Hierdoor worden artsen en patiënten ondersteund in het maken van de beste keuze voor een behandeling. Hierbij moet te allen tijde ook voldoende aandacht zijn voor het waarborgen van privacy, databescherming en patiëntveiligheid. De komende jaren zetten alle partijen zich op hun eigen terrein in om met de ontwikkeling van dit soort slimme beslisondersteuning de oncologie in Nederland te verbeteren. Uiteindelijk moet het op een duurzame manier onderdeel worden van

onze gezondheidszorg. Aansluiting bij de Health deal staat ook open voor andere geïnteresseerde partijen. Er worden op dit moment meerdere andere health deals verkend.

De Minister heeft de partijen uit de medisch specialistische zorg uitgenodigd om gezamenlijk de administratieve lasten waar zorgprofessionals concreet last van hebben aan te pakken, en wijst hierbij op het vergelijkbare traject dat bij de huisartsen is doorlopen. De leden van de CDA-fractie vragen naar een stand van zaken. Is er inmiddels overleg met de partijen uit de medisch specialistische zorg over dit traject? Wanneer verwacht de Minister hier concrete resultaten van te kunnen laten zien?

Uw Kamer wordt in de voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk hier nader over geïnformeerd. Vooruitlopend daarop kan ik aangeven dat de eerste contacten in dit uiterst diverse deel van de zorg met betrekking tot de mogelijke aanpak zijn gelegd.

In de bijlage geeft de Minister onder punt 18 aan dat er overleg plaatsvindt met NVZ voor de juiste duiding/toelichting van ziekenhuizen over sterftecijfers. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer deze juiste duiding/toelichting gereed zal zijn, en of hierin de publicatie van cijfers over sterfte door medische missers wordt meegenomen.

Ziekenhuizen zijn verplicht om jaarlijks de HSMR, die volgens het meest recente landelijke berekeningsmodel van het CBS is berekend, over het jaar t-2 te publiceren op hun website. Daarnaast verwacht de NZa dat zorgaanbieders een goede toelichting geven bij de eigen cijfers, over de ontwikkeling van de cijfers en de eventueel genomen stappen om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Zij moeten deze gegevens eveneens zenden aan de NZa. Bovendien is deze informatie ook op andere websites te vinden.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie constateren dat de Minister vindt dat er veel bereikt is onder andere door de informatie op de website ZorgkaartNederland.nl. Deze leden willen in dit kader wijzen op de conclusie van het onderzoek dat is uitgevoerd door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. De onderzoekers trekken daarin de keiharde conclusie: «ZorgkaartNederland.nl voldoet in haar huidige vorm niet als valide kwaliteitsinstrument voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg van een medisch specialist.» Kunnen deze leden een reactie van de Minister krijgen op dit onderzoek? Deelt de Minister de conclusie van de onderzoekers en wat doet de zij met de aanbevelingen?
Ik verwijs u naar de uitgebreide beantwoording van een soortgelijke vraag van de SP-fractie.

De leden van de PVV-fractie vragen tevens in hoeverre de factuur van de zorgaanbieder nu inzichtelijk is voor de patiënt en wat dit bijdraagt aan de materiele controle.

Voor alle behandelingen die na 1 juni 2014 zijn gestart ontvangt de patiënt via zijn «mijnomgeving» een inzichtelijke en begrijpelijke rekening. Daarmee wordt de patiënt in staat gesteld om te controleren of de rekening klopt. Uit onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat de ervaringen met deze nieuwe nota positief zijn. Waar de oude rekening gemiddeld een rapportcijfer 5,7 kreeg, krijgt de nieuwe gemiddeld een 7,3.

Genoemde leden constateren dat het vermelden van het begeleidingsgesprek op de nota van de apotheker in het kader van transparantie niet de gewenste uitwerking heeft gehad. Welke gevolgen heeft dit nu?

Patiënten die hun medicijnen voor het eerst meekrijgen of medicijnen krijgen die zij langer dan 12 maanden niet gebruikten, ontvangen van de apotheker een begeleidingsgesprek bij de terhandstelling van het medicijn. Het begeleidingsgesprek is nodig voor een veilig en effectief gebruik van het geneesmiddel. Zonder begeleidingsgesprek kan het zijn dat een apotheker een geneesmiddel niet meegeeft aan de patiënt omdat dit onverantwoord is.

Vanaf 1 januari 2014 werd dit begeleidingsgesprek een aparte prestatie en moest apart op de nota geplaatst worden. Er kwam toen veel discussie aan de apothekersbalie omdat patiënten het idee hadden dat het ontvangen van een begeleidingsgesprek optioneel was. Vanaf 1 januari 2016 is er daarom voor gekozen om de terhandstelling en het begeleidingsgesprek op één regel te plaatsen op de nota, omdat deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Er wordt nu ofwel «terhandstelling met begeleidingsgesprek» ofwel een «standaard terhandstelling» in rekening gebracht. De patiënt kan nog steeds controleren of de nota klopt en of het gesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. De NZa blijft met partijen in gesprek over het begeleidingsgesprek.

Tot slot vragen zij welke informatie de Minister voor ogen heeft op basis waarvan patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis of een behandeling. Maakt de prijs hier deel van uit? Zo ja, hoe kunnen patiënten de prijs voor een behandeling nagaan en verschillende aanbieders op basis hiervan vergelijken en een keuze maken? Graag ontvangen deze leden hierop een uitgebreide toelichting.

Op ZorgkaartNederland en kiesBeter is informatie te vinden over de kwaliteit van behandelingen in verschillende instellingen. Voor informatie over de kosten van een behandeling voor de patiënt/verzekerde kan deze terecht bij zijn zorgverzekeraar. Op 1 november 2015 heeft de NZa hierover een nadere regel aangenomen die stelt dat een verzekeraar bij vragen van de patiënt inzicht moet geven in de kosten van een behandeling voor de patiënt. Indien hier geen concreet bedrag genoemd kan worden dient de verzekeraar een indicatie van de kosten te geven.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Het jaar van de transparantie kende 53 acties, vijf hiervan hebben vertraging opgelopen. Kan gespecificeerd worden welke vijf dit zijn en wat de aangepaste verwachtingen voor afronding zijn?

Het overzicht van de stand van zaken van de 53 acties staat de bijlage bij mijn brief van 22 april 2016 aan de Tweede Kamer over de resultaten van het Jaar van de Transparantie. Hierin staan ook de acties die vertraging hebben opgelopen. Het gaat om de volgende activiteiten: patiënteninformatie voor 30 aandoeningen, het op de Transparantiekalender plaatsen daarvan, een tool voor patiëntenvoorlichting en een uniform uitkomstmetingen systeem. Deze activiteiten worden zo spoedig mogelijk en ook al dit jaar afgerond.

Op het gebied van informatievoorziening zijn er flinke stappen gezet, echter vragen de leden van de D66-fractie of de patiënt voldoende op de hoogte is van deze ontwikkelingen en mogelijkheden. Zij horen graag op welke manier de patiënt en verzekerde daarover worden geïnformeerd, zij ontvangen graag een nadere toelichting.

Ik verwijs u naar de uitgebreide beantwoording van een soortgelijke vraag van de SP-fractie.

De polischecker is een mooi voorbeeld om zowel voor de patiënt als het ziekenhuis helder te maken of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Genoemde leden vragen wanneer deze polischecker volledig zal zijn uitgerold en naar verwachting in alle ziekenhuizen beschikbaar zal zijn.

Door middel van de Inkijkvoorziening Polis (IVP) kan een geautoriseerde medewerker van een algemeen of academisch ziekenhuis inzien of op grond van de afgesloten zorgverzekering van de desbetreffende verzekerde een bepaalde DBC wel, niet of gedeeltelijk is gecontracteerd c.q. voor vergoeding in aanmerking komt. Op die manier kan de zorgaanbieder via de IVP opzoeken welke polis een patiënt heeft op basis van de BSN- en geboortedatum van de betreffende persoon. Overigens konden zorgaanbieders ook voor 2016 al nagaan bij welke zorgverzekeraar een patiënt verzekerd was op basis van de verzekerdenpas. De IVP is beschikbaar voor alle algemene en academische ziekenhuizen. Er is geen inzicht in welke mate de ziekenhuizen de IVP nu gebruiken.

Afgelopen jaar knelde het overstapseizoen voor het zoveelste jaar op rij, waardoor verzekerden wederom niet precies wisten welke ziekenhuizen wel of niet gecontracteerd waren door hun verzekeraar. De Minister heeft toegezegd dat dit in 2016 niet nogmaals zal gebeuren, maar kan zij nogmaals aangeven wat de concrete stappen zijn die zij nu heeft gezet om dat te waarborgen? Deze leden zouden het bijzonder onwenselijk vinden als de verzekerden ook dit jaar weer een keuze zouden moeten baseren op onvolledige informatie.

Ik ben met u van mening dat verzekerden hun keuze voor een polis moeten kunnen baseren op volledige informatie over de inhoud van de polissen. In mijn brief van 31 maart jongstleden (Kamerstuk 29 689, nr. 695) heb ik u geïnformeerd over de afspraken die zijn gemaakt voor de verbetering van het contracteringsproces. De afspraken hebben betrekking op verschillende aspecten van het contracteerproces. Alle partijen dragen hieraan bij, evenwichtig partnerschap is noodzakelijk en partijen hebben uitgesproken zich hiervoor verantwoordelijk te voelen. In de afspraken wordt allereerst ingezet op het creëren van de juiste randvoorwaarden voor goede en tijdige contractering. De NZa zal de monitoring van het contracteerproces op zich nemen, met drie meetmomenten, die aansluiten bij de extra deadlines. Onlangs is de onafhankelijke geschillencommissie operationeel geworden, waardoor vanaf dit jaar laagdrempelige bemiddeling en geschilbeslechting mogelijk is indien partijen er onverhoopt niet uitkomen. Overigens zal niet alle zorg voor het overstapseizoen zijn gecontracteerd. Dat hoeft ook niet als de verzekerde maar volledig wordt geïnformeerd over welke zorgaanbieders onder welke polis vallen.

Genoemde leden waarderen het dat de Minister stelt dat we «er nog niet» zijn als het gaat om transparantie in de zorg. De komende jaren stelt zij 5 miljoen euro beschikbaar. Kan worden aangegeven hoe de 5 miljoen euro wordt ingezet en wat de prioriteit zal hebben het aankomende jaar?

Ik verwijs u naar de uitgebreide beantwoording van een soortgelijke vraag van de SP-fractie.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het wenselijk is indien de patiënt inzage heeft in het eigen medische dossier. De patiënt is immers eigenaar van zijn en/of haar haar gegevens. Deze leden horen graag van

de Minister wat zij het afgelopen jaar heeft gedaan om de transparantie rondom het eigen zorgdossier te vergroten en hoe zij dit de komende jaren wil bevorderen.

De wet bepaalt dat een patiënt recht heeft op inzage in het medisch dossier. Dit is neergelegd in artikel 7:456 BW. Ook op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens heeft een patiënt recht op inzage in zijn persoonsgegevens. Ik deel de mening van de D66-fractie dat de patiënt inzage moet hebben in zijn dossier. Het zijn immers zijn gegevens. Ik ga daar nog een stap verder in: het is belangrijk dat de patiënt deze gegevens ook kan gebruiken in bijvoorbeeld apps voor goede zelfzorg en ten behoeve van zijn voorbereiding van samen beslissen in de spreekkamer.

Eén van de eHealth doelstellingen van het kabinet is om mensen toegang te geven tot hun medische gegevens. Dit is een essentiële voorwaarde voor de kanteling in Nederland om patiënten en gezonde mensen daadwerkelijk centraal te plaatsen en hen middelen voor regie in hun zorgproces te geven. De NPCF en een brede coalitie van zorgpartijen richten zich binnen het programma «Meer regie over gezondheid» op oplossingen en voorwaarden (standaardisatie en financiering) om de informatiepositie van de patiënten te verbeteren door hen te laten beschikken over een persoonlijke gezondheidsomgeving, waarin ook medische gegevens naast eigen gemeten gezondheidswaarden overzichtelijk samenkomen. Ik steun dit programma. Daarnaast ben ik in gesprek met partijen in de sector om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders ook daadwerkelijk stappen zetten om hun gegevens met patiënten te delen.

Tot slot: in het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische gegevensuitwisseling heb ik ook het recht op elektronische inzage door de patiënt opgenomen. Het wetsvoorstel wacht op behandeling in de Eerste Kamer.

Tot slot wensen de leden van de D66-fractie te benadrukken dat zij het jammer vinden dat de Minister in haar brief niet ingaat op de onduidelijkheid die ontstaat voor de patiënt en verzekerde als het gaat om de beschikbare polissen, en de differentiatie die daarin plaatsvindt als we bijvoorbeeld kijken naar de restitutiepolis, die nu niet altijd meer een zuivere restitutiepolis is. Graag ontvangen deze leden daarop nog een reactie van de Minister en welke stappen zij nog denkt te zetten om te realiseren dat de polissen helder en begrijpelijk blijven voor de patiënt en verzekerde.

Ik heb eerder al aangegeven dat mensen met een restitutieverzekering er echt van op aan moeten kunnen dat elke behandeling bij een zorgverlener van de eigen keuze wordt vergoed en dat mensen met een restitutieverzekering dus niet geconfronteerd mogen worden met bijbetalingen indien zij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder raadplegen. De NZa zal hierop expliciet toezien als onderdeel van het toezicht op de informatieverstrekking van verzekeraars aan consumenten. Daarnaast zal de NZa onderzoeken of het begrip «marktconform tarief» voor verzekerden voldoende duidelijk is, of dat het nodig is om de transparantieregels op dit punt aan te scherpen of de genoemde begrippen voor restitutiepolissen nader in te vullen.